

SPRAWOZDANIE Z REALIZACJI PRAKTYKI ZAWODOWEJ

1. DANE PODSTAWOWE *(wypełnia Student)*

IMIĘ I NAZWISKO STUDENTA	
WYDZIAŁ	Wydział Nauk Technicznych
KIERUNEK	Logistyka
ROK / SEMESTR	
TERMIN ODBYWANIA PRAKTYKI	
NAZWA ZAKŁADU PRACY	
KOMÓRKA / KOMÓRKI ORGANIZACYJNE, W KTÓRYCH ODBYWAŁA SIĘ PRAKTYKA	
IMIĘ I NAZWISKO ZAKŁADOWEGO OPIEKUNA PRAKTYKI	

.....
data

.....
czytelny podpis studenta

2. OCENA STOPNIA OSIĄGNIĘCIA EFEKTÓW KSZTAŁCENIA *(wypełnia Zakładowy Opiekun Praktyki)*

1.	Czy student nabył wiedzę odnośnie podstawowych dokumentów zakładu pracy?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
2.	Czy student poznał istniejące w zakładzie technologie wytwarzania wyrobów?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
3.	Czy student zapoznał się z maszynami i urządzeniami stosowanymi w zakładzie pracy?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
4.	Czy student nabył umiejętności obsługi systemu wybranych maszyn i urządzeń zakładu pracy?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

5.	Czy student posiadał wiedzę odnośnie organizowania pracy w komórkach produkcyjnych i logistycznych oraz rozumie potrzebę ciągłego podnoszenia kwalifikacji w tym zakresie, w celu wykorzystania w trakcie planowania kariery zawodowej?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
6.	Czy student potrafi myśleć i działać w sposób przedsiębiorczy?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
7.	Czy student potrafi odpowiednio określić priorytety służące realizacji określonego przez siebie lub innych zadania w obszarze logistyki podmiotów gospodarczych?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Ocena stopnia osiągnięcia efektów kształcenia praktyki zawodowej		Bardzo dobra	<input type="checkbox"/>
		Dobra	<input type="checkbox"/>
		Dostateczna	<input type="checkbox"/>
		Niedostateczna	<input type="checkbox"/>

.....
data

.....
podpis Zakładowego Opiekuna Praktyki

3. OCENA STOPNIA OSIĄGNIĘCIA EFEKTÓW KSZTAŁCENIA (wypełnia
Koordynator Kierunku)

1.	Główne zadania realizowane przez studenta podczas praktyki na podstawie wywiadu ze studentem	
2.	Ocena stopnia efektów kształcenia praktyki zawodowej	Bardzo dobra <input type="checkbox"/> Dobra <input type="checkbox"/> Dostateczna <input type="checkbox"/> Niedostateczna <input type="checkbox"/>
3.	Uwagi do przebiegu praktyki	

.....
data

.....
podpis Koordynatora Kierunku

Zaliczam / Nie zaliczam praktykę/i zawodową/ej*:

.....
data

.....
podpis Dziekana

* niepotrzebne skreślić